
STUDII ȘI SINTEZE

HERNIA EPIGASTRICĂ STRANGULATĂ (Revista literaturii)

Șor Elina – as. univ.,

Ghidirim Gheorghe – dr. hab. în med., prof. univ., academician,

Mișin Igor – dr. hab. în med., conf. cerc.,

Vozian Marin – as. univ.,

Catedra Chirurgie nr. 1 „Nicolae Anestiadi”, Laboratorul Chirurgie
Hepato-Pancreato-Biliară, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae
Testemițanu”, Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Urgentă, Chișinău, Moldova
elina_shor@mail.ru, tel: +373 22 23-26-68, Fax: +373 22 50-20-08

Rezumat

Hernia epigastrică reprezintă o patologie rară în abdomen, constituie aproximativ 0,35 – 1% din toate herniile abdominale. Fiind în majoritate asimptomatice, sunt descoperite accidental. Autorii discută în privința simptomatologiei, complicațiilor, clasificării și metodelor de tratament a herniilor epigastrice în contextul revistei de literatură.

Cuvinte-cheie: hernia epigastrică strangulată

Summary. Strangulated epigastric hernia. Review

Epigastric hernias are rare abdominal findings, comprises about 0,35 to 1,5% of abdominal hernias. The majority are asymptomatic and if found are discovered incidentally. The authors discuss the symptoms and complications, classification, and treatment of epigastric hernias with review of literature.

Key words: strangulated epigastric hernia

Резюме. Ущемленная эпигастральная грыжа. Обзор литературы

Эпигастральная грыжа, редко встречающаяся патология брюшной полости, её частота 0,35 – 1% от общего числа грыж брюшной стенки. Большинство из них протекают бессимптомно и обнаруживаются случайно. В статье авторы представляют клиническую картину, возможные осложнения, классификацию и методы лечения эпигастральной грыжи в контексте литературного обзора.

Ключевые слова: ущемленная эпигастральная грыжа

Întroducere. Hernia epigastrică (HE) se definește ca o protruzie prin aponeuroza mediană a peretelui abdominal anterior, situată între procesul xifoid și ombilic [1,16]. Aproximativ 3% din 5% din populație suferă de această patologie [2-4]. 20% din hernii epigastrice sunt multiple, și în 80% sunt situate pe linia mediană. În 12 - 60% de cazuri HE este o hernie adevărată, cu sac peritoneal, iar în rest conține structură lipomatoasă preperitoneală [1,4,16]. Defectele în fascie pot varia în dimensiuni de la milimetri până la câțiva centimetri [4]. Herniile mici, cel mai frecvent, conțin numai grăsime preperitoneală și sunt, în special, predispuse la încarcerare și strangulare [1,4]. Herniile mai mari rareori se strangulează și pot conține, de asemenea, anse intestinale sau omentum, prezența acestora în hernia epigastrică a stomacului se consideră o raritate [1,4,5].

Etiopatogenia. Prima descriere a herniei epi-

gastrice aparține lui Arnauld de Villeneuve din anul 1285, iar Maunior în 1802 descrie prima refacere chirurgicală în acest tip de hernie [6].

Originea și dezvoltarea herniei epigastrice reprezintă o enigmă a medicinei [4]. Deoarece, inițial, considerată ca un defect congenital [7,8], în prezent se presupune că această leziune este dobândită [9]. Herniile epigastrice pătrund aponeuroza mediană, de aceea ele sunt numite, de asemenea, hernii a linei albe [4]. Ele apar, cel mai frecvent, mai sus de nivelul ombilicului, probabil, din cauza încordării excesive a aponeurozei peretelui abdominal [4].

Askar [10] subliniază faptul, că herniile epigastrice apar secundar pe linia mediană a abdomenului – rafeul ce prezintă o zonă de decusație a fibrelor tendinoase aponeurotice a tecilor mușchilor abdominali anteriori ce trec dintr-o parte în cealaltă, din profunzime spre superficial, propunându-se noțiunea de „zonă

aponeurotică mediană”. Conform acestei teorii există trei decusații:

- Decusația unică sau simplă – la 30% dintre indivizi, în care elementele tendinoase se încrucișează o singură dată, în plan orizontal;
- Decusația triplă – la 70% dintre indivizi, în care fasciculele aponeurotice se încrucișează de trei ori;
- Decusația suplimentară.

Askar [11] descrie că, decusația triplă ar oferi suficientă protecție pentru ca hernierea să nu se producă, iar 30% dintre indivizi ar fi predispuși la hernia epigastrică, prezentând o linie albă slăbită, cu o unică decusație. Unii cercetători au efectuat biopsia liniei albe pentru evaluarea proceselor biochimice din această zonă [12,13]. Korenkov și coautorii [13] au întreprins o cercetare biochimică și histologică pe 93 de cadavre, însă rezultatele lor nu au confirmat teoria lui Askar. Explorată tridimensional, la microscopia cu laser, linia albă reprezintă matricea fibrelor de collagen cu arhitectonică diferită. În schimb, ei au propus o nouă clasificare a linei albe în trei tipuri în funcție de grosimea fibrelor găsite: „slabă”, „intermediară” și de tip compact, dintre care doar tipul „slab” predispune la apariția herniei epigastrice [13].

Un alt studiu din Germania, de către echipa de Axer Prescher [14], de asemenea, nu a putut confirma teoria lui Askar și a propus un model nou a structurii aponeurotice, constând dintr-un triplu strat de decusație a fibrelor de collagen, care unește ferm tecile mușchilor dreپți abdominali. Având în vedere structura complexă și importanța funcțională a tecii mușchilor dreپți în anatomia peretelui abdominal, este îngrijorător faptul că la acest capitol nu există multe studii publicate în literatura de specialitate [4,12].

Lang et al. [15] au sugerat ipoteza lacunară vasculară a apariției herniei epigastrice, prin formarea lacunelor vasculare, atunci când vasele mici (situate între fascia transversalis și peritoneu) perforază linia albă, rezultând un spațiu între peritoneu și fascie. Cu toate acestea, real, etiologia herniilor epigastrice este încă în curs de cercetare [4,12]. Aproximativ 3-5% din populație suferă de această patologie [2-4,16]. Predominanța e mai mare la bărbați, cu rata de 3:1 [16], precum și grupa de vârstă, cea mai frecvent afectată, variază între 20 - 50 de ani [4,12,16].

Aspectele clinice. Ca regulă, herniile epigastrice sunt asimptomatice, în 2/3 din cazuri HE sunt descoperite ocazional [1]. Mărirea defectului și conținutul protruzat determină paleta simptomelor [16]. Herniile mici, lipomatoase, sunt deseori ireductibile și mai dureroase prin comprimările elementelor nervoase din grăsimea preperitoneală în orificiile aponeurotice rigide și pot mima patologii regionale [16]. Herniile

le mari (peste 5 cm) necomplicate sunt frecvent bine tolerate, unii bolnavi prezintă acuze la dureri, disconfort, semne dispeptice [1,16].

Așadar, se consideră hernia epigastrică o entitate ce produce o varietate de simptome în care cele digestive necesită o explorare specifică de excludere, pentru a le putea atribui, în final, defectului parietal [16]. Diagnosticul diferențial a unei hernii epigastrice include diferite patologii, cum ar fi: ulcerul peptic, afecțiuni ale vezicii biliare, pancreatita, hernie hiatală și ocluzia intestinală [4].

Diagnosticul se pune, în marea majoritate a cazurilor, pe examinarea directă, care decelează defectul aponeurotic, caracterul reductibil a expansiunii, marginile defectului și conținutul său [16]. Însă, uneori, în herniile epigastrice de dimensiuni mici la pacienții obezi este imposibil să distingi vizibil hernia epigastrică de un lipom subcutanat, fibrom sau neurofibrom [4]. În acest caz, la diagnosticarea HE beneficiază aportul explorărilor imagistice, cum ar fi ultrasonografia și/sau tomografia computerizată [4], descoperind, deopotrivă, asocieri morbide concomitente [16], ce pot beneficia de rezolvare chirurgicală simultană (litiaza biliară, hernia Morgani etc.) (Fig.1,2).

Momentul complicației (încarcerare-strangulare) aduce frecvent pacientul la doctor [16]. „Jena” epigastrică se transformă în durere care se accentuează brusc și, masa tumorală nu se mai reduce [4,16]. Apar fenomene reflexe (greață, vomă), care împrumută simptomele organului implicat (ocluzie intestinală). Simptomatologia strangulării este asociată la debut și de leucocitoză, febră sau, în fazele tardive, insuficiență de organ [4,16]. Actualmente în literatura de specialitate sunt descrise numai câteva cazuri de HE strangulată, majoritatea la pacienți de sex feminin și în vârstă înaintată peste 60 de ani: Palade et al. a raportat despre hernie epigastrică strangulată cu necroza colonului transvers [17], Arowolo și coautorii au descris HE cu obstrucție acută de evacuare gastrică [18]. Maurice E. Asuquo et al. [19] a depistat intraoperator la pacienta de 60 de ani HE cu strangularea porțiunii de epiploon. Scheel et al. a prezentat un caz cu implicarea diverticolului Mekkel cu necroza acestuia, ceea ce a condus la rezecția de intestin cu aplicarea anastomozei primare.

Managementul. După confirmarea diagnosticului de hernie epigastrică nu există nici un motiv să se amâne tratamentul chirurgical, având în vedere riscul crescut de apariție a unei complicații severe ca strangulare [1,4]. Numai la copiii între 2 și 7 ani, hernia epigastrică poate evolua spontan-favorabil, odată cu maturizarea complexului musculo-parietal anterior [7,16]. Tactica chirurgicală în HE strangulată nu se deosebește de alte tipuri de hernii strangulate, în li-

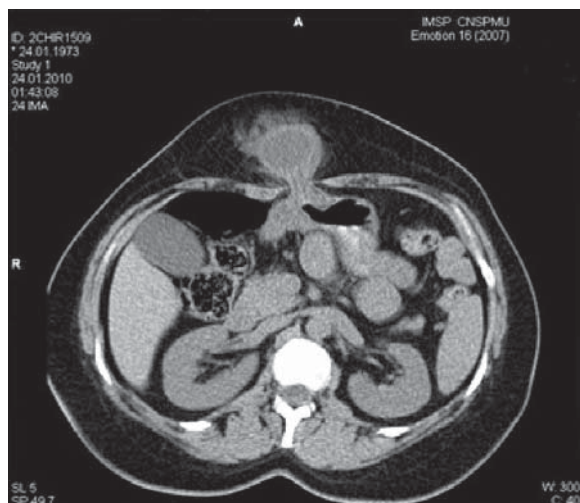


Fig. 1. Tomografie computerizată secțiune sagitală: prezența herniei pe linia mediană a peretelui abdominal cu conținut de organ cavitătar

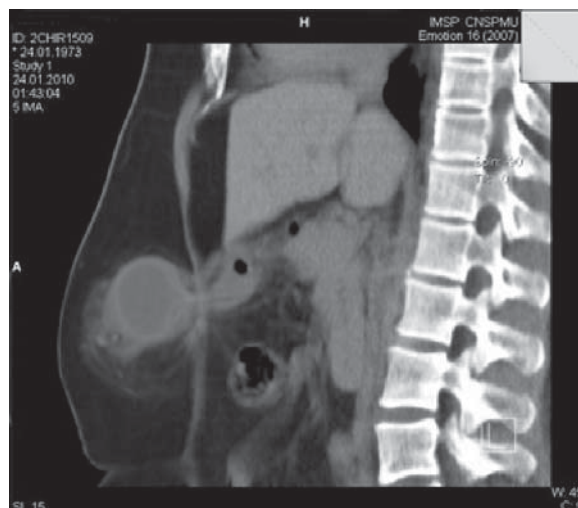


Fig. 2. Tomografie computerizată secțiune transversală

teratura de specialitate sunt mai multe discuții în privința hernioplastiei [1,4,17-19].

Cea mai renumită conduită operatorie este cunoscută din 1895, când William Mayo a dezvoltat o tehnică pentru herniotomie și hernioplastie, care de atunci a fost cunoscută ca operațiunea Mayo și este realizată și în prezent [4]. Convențional, metoda Mayo este una dintre cele mai des aplicate tehnici chirurgicale, efectuate în mod sistematic în spitalele din toată lumea, nu numai pentru tratarea herniei ombilicale sau epigastrice, ci și, ca standard de incizie pentru herniotomie [4].

În 1990 Сапeжко [20] și 1945 Berman [21] au propus o procedură de refacere „tip Mayo” verticală, însă conform datelor literaturii, rata recidivării în aceste metode constituie până la 20% [4].

În cazuri de HE de dimensiuni mici sub 5 cm diametru unde tensiunea suturii este acceptabilă, se practică o cură simplă chirurgicală: se izolează protruzia lipomatoasă de țesuturile din jur, se excizează lipomul și se suturează simplu defectul cu fire separate [16].

La defecte medii și mari, sutura simplă din cauza dezvoltării tensiuni deosebite e proscrisă [4,16]. Conform Gavrilăș [16], o sutură simplă în linia albă, chiar corect executată, va aduce în apozitie forțată structuri aponevrotice redutabile de o cicatrizare slabă, cu tensiunea suturii – direct dependentă de mărimea defectului și impune un factor nou – iatrogen, care va minimaliza la modul absolut condițiile de cicatrizare normală.

În prezent se oferă plase plane compozite, în strat dublu sau triplu, cu rezistență deosebită în plan superior și protecție inferioară, antiaderențială la masa intestinală, din nefericire ele sunt scumpe [4,16].

Deysine [22] recomandă în herniile epigastrice sub 3 cm rezolvarea defectului cu fire de polipropi-

lenă, separate, orizontale. La cele cu defect peste 4 cm – un procedeu „*tension free*” dacă peritoneul este intact sau poate fi închis. Dacă defectul este mare, se va apela la o procedură protetică cu proteza plană pozițională retro-muscular sau supra-peritoneal subaponevrotic sau mai bine peste sutura tecii posterioare a dreptilor, conform operației Rives [19]. Dacă defectul este mare și eventuala sutură ar fi hipertensivă sau nu s-ar putea face, Deysine recomandă cura protetică de înlocuire și se apelează la plasa de Vycril (pentru a proteja masa intestinală) peste care se atașează cea neresorbabilă sau la o plasă compozită, fixată perimetral.

Concluzie. Apariția simptomelor similare cu abdomen acut este legată cu dezvoltarea complicațiilor (încarcerare, strangulare) și duce la necesitatea efectuării intervenției chirurgicale de urgență, așa dar chirurgul-practician trebuie să țină cont de această patologie pentru aprecierea tacticii chirurgicale corecte.

Conduita chirurgicală în hernia epigastrică reprezintă încă o provocare pentru chirurghi. Astfel, fiind o procedură relativ simplă, în prezent nu există nici un protocol exact cu privire la intervenția cuvenită. Metoda Mayo și modificările ei nu au putut rezista la testul timpului: rata recidivei de 20% nu este acceptabilă pentru procedura chirurgicală, mai ales programată.

Deși nu există un consens de opinie, este clar un lucru: importanța unei reparații anatomice, fără tensiune și fără extinderea artificială a defectului.

Bibliografie

1. Cheung HY, Siu WT, Yau KK, Tang CN, Leung FC, Li MK. *Incarcerated epigastric hernia, a rare cause of gastric outlet obstruction.* J Gastrointest Surg. 2004;8(8):1111-3.
2. Klinge U., Prescer A., Klosterhalfen B., Schumelick

V. Entstehung und Pathophysiologie der Bauchwanddefekte. Chirurg, 1997; 68(4):293–303.

3. Deveney KE. *Hernias and other lesions of the abdominal wall*. In: Way LW, editor. Current surgical diagnosis and treatment. 10th edition. East Norwalk (CT): Appleton and Lange, 1994: 712–24.

4. Muscaweck U. *Umbilical and epigastric hernia repair*. Surg Clin N Am 2003; 83(5):1207–1221.

5. Bryk D. *Gastric involvement in abdominal wall hernias*. Gastrointest Radiol 1984; 9(4):311–314.

6. Bennett D. *Incidence and management of primary abdominal wall hernias: umbilical, epigastric and spigelian*. In: Fitzgibbons RJ Jr, Greenburg AG, editors. Nyhus and Condon's hernia. 5th edition. Philadelphia: JB Lippincott co. 2002: 389–98.

7. Moschowitz AV. *The pathogenesis and treatment of herniae of the linea alba*. Surg Cynical Obstetric 1914; 18:504.

8. Larson GM, Vandertoll MD. *Approaches to repair of ventral hernia and full-thickness losses of the abdominal wall*. Surg Clin North Am. 1984; 64(2):335–49.

9. Petersen S, Henke G, Freitag M, et al. *Experiences with reconstruction of large abdominal wall cicatricial hernias using Stoppa-Rives pre-peritoneal meshplasty*. Zentralblatt Chir. 2000; 125(2):152–6.

10. Askar OM. *A new concept of the aetiology and surgical repair of paraumbilical and epigastric hernias*. Ann R Coll Surg Engl 1978; 60:40–2.

11. Askar OM. *Aponeurotic hernias. Recent observations upon paraumbilical and epigastric hernias*. Surg Clin North Am 1984; 64(2):315–33.

12. Liu H., Huang Ch., Yu P., Hsieh P., Hung Ch., Chen Y. *Strangulated Epigastric Hernia Mimicking Ab-*

dominal Wall Carbuncle: Report of a Case. Formos J Surg. 2009; 42:219–223.

13. Korenkov M, Beckers A, Koebeke J, et al. *Biomechanical and morphological types of the linea alba and its possible role in the pathogenesis of midline incisional hernia*. Eur J Surg. 2001; 167:909–14.

14. Axer H, Von Keyserlingk D, Prescher A. *Collagen fibers in linea alba and rectus sheaths*. J Surg Res. 2001; 96:127–34.

15. Lamg B, Lau H, Lee F. *Epigastric hernia and its etiology*. Hernia 2002; 6(3):148–50.

16. Gavrilăș F., Oprea V. *Chirurgia peretelui abdominal*. Vol.I. Editura medicală universitară “Iuliu Hațiecanu”, Cluj-Napoca, 2006:528 – 538.

17. Palade R., Voiculescu D., Suliman E. *Voluminous complicated epigastric hernia*. Chirurgia (Bucur.) 2009; 104(3):337–340.

18. Arowolo O.A., Ogundiran T.O., Adebamowo C.A. *Spontaneous epigastric hernia causing gastric outlet obstruction: a case report*. Afr J Med Sci. 2006; 35(3):385–386.

19. Maurice E. Asuquo, Victor I.C. Nwagbara, Michael O. *Epigastric hernia presenting as a giant abdominal interparietal hernia*. Ifere Int J Surg Case Rep. 2011; 2(8): 243–245.

20. Сапезко К.М. *Способ радикальной операции больших пупочных грыж с расхождением прямых мышц*. Летопись Русской хирургии, 1990; том 5(16): 71 – 89.

21. Berman E. *Epigastric hernia: an improved method of repair*. Am J Surg. 1945:68 – 84.

22. Deysine M. *Epigastric hernias in Abdominal wall hernias* de R. Bendavid. 2001; 103:685 – 687.